

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 novembre 2019

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Neu et Mme Berberat, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourante, représentée par Me Guy Zwahlen, avocat à Genève,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée.

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], ressortissante britannique, directrice exécutive au chômage, était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 3 mars 2010, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation. Alors qu'elle traversait une route à pieds, en dehors d'un passage pour piétons, un véhicule de tourisme de type Chrysler Grand Voyager, sortant d'un giratoire, l'a percutée et l'a projetée environ cinq mètres plus loin. Elle a subi une fracture du plateau supérieur de L1, une fracture de la tête du péroné droit et des contractures multiples, surtout dans les régions lombaire, cervicale et à la cuisse droite. Elle a séjourné, du 3 au 5 mars 2010, au sein du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) où un CT-scanner thoraco-abdominal a notamment été effectué. Elle a suivi une réadaptation orthopédique à l'Hôpital Beau-Séjour jusqu'au 7 avril 2010 puis a été prise en charge en ambulatoire (rapport initial du 9 avril 2010 du Dr K._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en médecine du sport ; rapport de sortie des HUG du 26 avril 2010 des Drs S._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et K._____).

La CNA a pris en charge les suites de l'accident (frais médicaux et indemnités journalières).

Dès le mois de juin 2010, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale et en médecine d'urgence hospitalière, a fait état d'un syndrome post-traumatique et de céphalées, de même que d'un dysfonctionnement cervico-occipital bilatéral (rapport du 9 juin 2010). Le Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et le psychologue R._____ ont diagnostiqué un état de stress post-

traumatique, ils ont également mentionné une personnalité pré-morbide émotionnellement labile et une tendance à la dissociation, qui préexistaient et ralentissaient le traitement (rapport du 10 janvier 2011).

Dans un rapport du 14 mars 2011, le Dr W._____ et R._____ ont constaté une baisse des symptômes liés au syndrome de stress post-traumatique, mais une rechute sous la forme d'un état dépressif, survenue à l'occasion d'une mesure relative au marché du travail mise en œuvre par l'assurance-chômage. Ils ont insisté sur le caractère indispensable du suivi médical de l'assurée qui présentait des idées suicidaires lorsqu'elle se retrouvait seule chez elle. A leur avis, l'incapacité de travail de 50 % attestée depuis le 23 août 2010 par le médecin traitant était justifiée.

Le 8 juin 2011, l'assurée a été examinée par le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie et médecin d'arrondissement de la CNA. Au terme de son rapport du 14 juin 2011, ce médecin a posé les diagnostics d'épisodes dépressifs, sans précision (F32.9), et de troubles dissociatifs (de conversion mixte ; [F44.7]). Ce médecin a relevé que l'aspect le plus important et le plus problématique était la présence d'une symptomatologie associant les déficits cognitifs majeurs, cela sans que l'assurée eût été victime d'un traumatisme crânien ou d'une perte de connaissance. Il a admis le lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles psychiques diagnostiqués à l'époque, au motif que l'assurée fonctionnait parfaitement et qu'elle était asymptomatique avant l'accident. Il a toutefois indiqué qu'il faudrait se renseigner auprès du Dr W._____, puisque ce médecin faisait état d'une personnalité émotionnellement labile comme facteur de fragilité pré-morbide, préexistant à l'accident ; l'assurée semblait avoir privilégié certains aspects de sa vie au détriment d'autres, avec une tendance à « hyperfonctionner » dans le domaine professionnel et avec une obsession de la performance et de la réussite. L'assurée n'était pas claire sur les circonstances autour de son licenciement et la manière dont elle l'avait vécu. Sur le plan du suivi, outre une réévaluation de la situation par ses

soins, le Dr V._____ préconisait la poursuite d'un traitement spécialisé « probablement encore sur un relativement long terme ».

Dans un rapport du 28 juillet 2011, le Dr W._____ a notamment indiqué ne pas avoir connaissance d'une atteinte à la santé psychique antérieure à l'accident de mars 2010.

A l'occasion de rapports intermédiaires des 6 octobre et 20 décembre 2011, joignant le compte rendu de consultations neurologique et neuropsychologique des 5, 19, 23 et 30 septembre 2011 de la psychologue et neuropsychologue M._____ - constatant des « atteintes cognitives, relativement sévères, paraissant dans ce contexte d'origine multifactorielle » et faisant également état d'une impulsivité et d'une difficulté au contrôle social en faveur d'une composante frontale possible dans le comportement et la gestion émotionnelle et affective -, le Dr G._____ a prolongé l'incapacité de travail partielle de l'assurée, incapacité à nouveau totale dès le 11 novembre 2011 (certificat médical du 11 novembre 2011 [pièce 103]; compte rendu d'un entretien téléphonique du 22 novembre 2011 entre la gestionnaire du cas à la CNA et l'assurée [pièce 104]).

Dans un rapport du 18 janvier 2012 à la CNA, le Dr W._____ a fait état d'un trouble dépressif léger à moyen (F32.0 - F32.1). Sous la rubrique « rappel anamnestique », ce médecin a mentionné que l'assurée avait été renversée par « un 4x4 » le 3 mars 2010 et qu'elle avait présenté en particulier un traumatisme cranio-cérébral (TCC). Confirmant son appréciation dans un rapport du 15 août 2013, le Dr W._____ a été suivi par le médecin traitant (rapport du 7 janvier 2014 du Dr G._____).

Au terme d'un rapport de consultation du 10 février 2012 au médecin traitant, le Dr C._____, spécialiste en neurologie, a fait part de sa perplexité. En effet, l'assurée n'avait présenté qu'un discret traumatisme cranio-cérébral avec au maximum « une commotion sans aucune évidence nous dirigeant vers une contusion ». Selon ce spécialiste, les difficultés actuelles semblaient liées à des difficultés dans

l'organisation de la vie de l'intéressée, ainsi qu'à un état anxio-dépressif et de stress important « inhérent à la suite de la prise en charge de sa vie ».

Dans un rapport du 16 août 2012 consécutif à une IRM (imagerie par résonance magnétique) cérébrale du 23 février 2012, le Dr Z._____, spécialiste en radiologie et en neuroradiologie diagnostique, a en particulier fait état de « lésions punctiformes non spécifiques banales pour l'âge dans la substance blanche des lobes frontaux ».

Depuis le 5 novembre 2012, l'assurée travaille à temps partiel (60 %) en qualité d'assistante pour le compte de l'[...] ([...]), à [...].

Dans le cadre de l'instruction par l'assureur-accidents, l'intéressée a notamment été examinée par le médecin d'arrondissement le 11 février 2014. Au terme de son rapport du 12 février 2014, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement, a constaté que les séquelles physiques de l'accident, soit une fracture de la vertèbre L1 pour laquelle persistaient quelques épisodes de lombalgies plutôt liés à une mauvaise posture de travail ou à la station assise prolongée, n'entraînaient plus d'incapacité de travail notable et ne nécessitaient plus de traitement médical, hormis des séances de physiothérapie, occasionnellement. Ayant connaissance des derniers examens radiologiques effectués (radiographie de la colonne lombaire du 12 février 2014), le Dr L._____ a estimé l'atteinte à l'intégrité à 6 % pour la séquelle physique de l'accident (appréciation médicale du 25 février 2014). De son côté, le psychiatre-conseil de la CNA a revu l'assurée le 26 mars 2014. Dans son rapport d'examen du 1^{er} avril 2014, le Dr V._____ a retenu le diagnostic différentiel de « troubles dissociatifs (de conversion, sans précision [F44.9]) versus neurasthénie (F48.0) et personnalité obsessionnelle ou schizoïde (F60) ».

Une IRM cérébrale, neurocrâne, du 18 juillet 2016 aux HUG, a révélé la présence de plusieurs anomalies de signal de la substance

blanche sous forme d'hypersignal T2/FLAIR sous-corticales et périventriculaires.

Le dossier de l'assurée a encore été présenté au Centre de compétences de la Division Médecine des assurances de la CNA. A l'occasion d'un rapport d'appréciation neurologique du 24 mars 2017, le Dr Y._____, spécialiste en neurologie, a indiqué que les troubles neurocognitifs de l'assurée n'étaient pas en relation de causalité, pour le moins probable, avec l'accident de mars 2010.

De leur côté, les médecins traitants ont régulièrement prolongé l'incapacité de travail de 40 % depuis le 5 novembre 2012.

Par décision du 27 février 2018, la CNA a mis fin au service de ses prestations (frais de traitement médical et indemnités journalières) avec effet dès le 28 février 2018. La CNA a, en revanche, alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un montant de 7'560 fr., correspondant à un taux d'atteinte à l'intégrité de 6 %, pour les séquelles des lésions au niveau de la 1^{ère} vertèbre lombaire. Elle a estimé que les troubles cognitifs et dysexécutifs dont souffrait encore l'assurée n'étaient pas dus à des séquelles physiques de l'accident et que d'éventuelles atteintes à la santé psychique n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec cet événement.

A l'appui de son opposition formée les 7 mars et 3 avril 2018 contre cette décision, l'assurée, désormais assistée de son avocat, a contesté le point de vue de la CNA. Elle a demandé l'octroi d'une rente d'invalidité de 40 %, dès le 1^{er} mars 2018, et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 26 %.

Le 30 mai 2018, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assurée et confirmé sa décision du 27 février 2018.

B. Par acte du 29 juin 2018, P._____, représentée par Me Guy Zwahlen, a déféré la décision sur opposition précitée à la Cour des

assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, en substance, à sa réforme en ce sens qu'elle a droit, dès le 1^{er} mars 2018, à une rente d'invalidité d'un taux de 40 % ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 26 %. En bref, elle reproche à l'assureur-accidents de nier à tort l'existence d'un lien de causalité entre les troubles persistants et l'accident de mars 2010. Elle allègue en particulier avoir été victime d'un traumatisme cranio-cérébral (TCC) à l'origine d'un méningiome et de lésions dans la substance blanche des lobes frontaux, eux-mêmes responsables de ses troubles neuropsychologiques. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la recourante soutient qu'au taux de 6 % reconnu par l'intimée s'ajouterait un pourcentage de 20 % pour tenir compte « des atteintes à la concentration et à la mémoire ».

Dans sa réponse du 14 août 2018, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 30 mai 2018. Elle a notamment produit une détermination sur dossier établie le 13 août 2018 par le DrY._____.

La recourante a maintenu ses conclusions aux termes de sa réplique du 21 septembre 2018. Joignant quatre pièces en annexe, dont le rapport d'accident établi par la Gendarmerie Brigade de sécurité routière le 13 mars 2010 aux termes duquel seules des douleurs au dos et une fracture de la jambe droite sont mentionnées, elle a également requis, à titre de mesures d'instruction, son audition personnelle ainsi que celle de deux témoins, soit un ambulancier et son médecin traitant.

Une copie de cette écriture ainsi que des quatre pièces produites a été transmise à l'intimée pour son information, le 24 septembre 2018.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente correspondant à un taux d'invalidité de l'assurance-accidents de 40 %, dès le 1^{er} mars 2018, et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 26 %.

b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

c) Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

d) En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » (whiplash) sans preuve de déficit fonctionnel organique – soit une éventuelle lésion du rachis cervical causée par des mécanismes d'accélération (dus par exemple à une forte extension et / ou à une flexion plus ou moins accompagnée d'une torsion) sans implication neurologique et sans atteinte des structures osseuses, nerveuses ou discoligamentaires – et un tableau clinique « typique » apparu peu après, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité. Les mêmes principes valent en cas de traumatisme à la colonne cervicale analogue à celui de type « coup du lapin » ou de traumatisme cranio-cérébral.

Dans ces cas, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc. ; TF 8C_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 3.2). L'existence d'un tel traumatisme et de ses suites doit être attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9 ; 119 V 335 consid. 1 et 117 V 359 consid. 4b ; (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR] vol. XIV, 3ème éd., Bâle 2016, p. 931 et 933 n^{os} 111 et 115 et les références citées).

4. a) La recourante soutient qu'elle a été victime d'un traumatisme cranio-cérébral lors de l'accident de mars 2010, qui aurait pour séquelles des troubles neuropsychologiques constatés par les médecins. Elle évoque également un « mouvement de cisaillement lié au phénomène d'accélération/décélération », ensuite du choc subi au niveau de la tête lors de l'accident. La recourante ne soutient pas qu'elle présenterait encore d'autres séquelles physiques de l'accident, hormis un tassement cunéiforme de la partie antérieure de la vertèbre L1, consécutif à la fracture vertébrale subie à l'époque. Cette atteinte à l'intégrité est

reconnue par l'intimée. Elle n'entraîne plus d'incapacité de travail notable et ne nécessite plus de traitement médical, hormis des séances de physiothérapie, occasionnellement (rapport d'examen du 12 février 2014 du Dr L. _____).

b) Il ressort des documents médicaux au dossier que la recourante présente, ou a présenté, selon les périodes, divers troubles psychiques, ainsi que des atteintes cognitives et des troubles dysexécutifs. La plupart des médecins consultés ont envisagé l'hypothèse d'une atteinte cérébrale, d'origine accidentelle ou non. Dans un premier temps, les médecins ont plutôt envisagé un trouble anxio-dépressif léger, pour lequel un suivi ambulatoire a été mis en place (rapport de sortie des HUG du 26 avril 2010 des Drs S. _____ et K. _____). Le Dr G. _____ évoque, pour sa part, un « dysfonctionnement cervico-occipital bilatéral » et un « syndrome post-traumatique », sans préciser s'il envisage plutôt les suites d'un traumatisme crânio-cérébral - qu'il ne mentionne pas - ou plutôt un syndrome de stress post-traumatique. Pour leur part, dans un rapport du 10 janvier 2011 (pièce 43), le Dr W. _____ et le psychologue R. _____ posent un diagnostic de stress post-traumatique et font état d'une personnalité pré-morbide émotionnellement labile, ainsi qu'une tendance à la dissociation avant l'accident déjà. Ils envisagent néanmoins - pour la première fois de manière explicite - un éventuel traumatisme crânio-cérébral. Ils l'évoquent en ces termes : « Même s'il n'y a pas eu à notre connaissance de diagnostic de traumatisme crânien, il n'est pas exclu qu'un choc au cerveau ou au tronc cérébral se soit quand même produit car certains symptômes évoquent une souffrance cérébrale, comme une tendance à ne pas reconnaître les visages non familiers (prosopagnosie) ». Il s'agit, à ce stade, d'une simple hypothèse. D'autres médecins l'ont évoquée par la suite. Toutefois, dans le rapport d'accident établi par la police le 13 mars 2010, seules des douleurs au dos et une fracture de la jambe droite sont mentionnées. Par la suite, l'assurée a fait état, dans sa déclaration d'accident, d'atteintes au dos, à la jambe, aux cervicales et au bassin. Elle ne mentionne aucune atteinte à la tête. Le « rapport médical initial LAA » du 9 avril 2010 (pièce 9), du Dr K. _____, fait état de douleurs lombaires intenses, de douleurs à la jambe, au bras et

au niveau cervical ; les diagnostics de fracture du plateau supérieur L1, de fracture de la tête du péroné droit et de contractures musculaires multiples sont posés. En revanche, aucun traumatisme cranio-cérébral n'est mentionné. Surtout, le rapport de sortie des HUG du 26 avril 2010 (pièce 21) précise expressément qu'il n'y a pas eu de traumatisme crânien, ni de perte de connaissance (« sans TC ni PC »). On doit admettre, au vu de ces documents, que la survenue d'un traumatisme cranio-cérébral et d'une perte de connaissance a été à l'époque envisagée par les médecins des HUG, mais exclue. Un tel traumatisme constitue donc une hypothèse tout au plus possible, mais qui n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante.

Les examens et rapports médicaux qui ont suivi confirment cette appréciation. Dans un rapport du 14 mars 2011 (pièce 48), le Dr W._____ et le psychologue R._____ posent des diagnostics psychiatriques en constatant une baisse des symptômes liés au syndrome de stress post-traumatique, mais une rechute sous la forme d'un état dépressif, survenue à l'occasion d'une mesure relative au marché du travail mise en œuvre par l'assurance-chômage. Il est vrai que, dans un rapport du 18 janvier 2012 (pièce 115), le Dr W._____ fait état d'un trouble dépressif léger à moyen (F32.0 - F32.1), en précisant toutefois, en « rappel anamnestique », que l'assurée a été renversée par un véhicule 4x4 le 3 mars 2010 et qu'elle a présenté notamment un traumatisme cranio-cérébral. Il n'explique toutefois d'aucune manière ce qui lui permet désormais d'affirmer qu'un tel traumatisme - qui n'était encore pour lui qu'une hypothèse en janvier 2011 - s'est effectivement produit. Pour sa part, le Dr V._____ a très sérieusement envisagé une atteinte organique, avant de privilégier un diagnostic de troubles psychiques. Dans un rapport du 14 juin 2011 (pièce 70), il a ainsi posé les diagnostics d'épisodes dépressifs, sans précision (F32.9) et de troubles dissociatifs (de conversion mixte ; [F44.7]). Par la suite, dans un rapport du 1^{er} avril 2014 (pièce 199), il a confirmé le diagnostic différentiel de neurasthénie (F48.0) et de personnalité obsessionnelle ou schizoïde (F60).

Le Dr C._____ a lui aussi envisagé une atteinte neuropsychologique liée à un éventuel traumatisme cranio-cérébral, avant de considérer qu'elle n'était pas l'hypothèse la plus probable (« Toutefois, je reste perplexe par le fait qu'elle n'a présenté qu'un discret traumatisme crânio-cérébral avec au maximum une commotion sans aucune évidence nous dirigeant vers une contusion. [...] Dans ce contexte, les difficultés actuelles me semblent avant tout liées à des difficultés dans l'organisation de sa vie, un état anxio-dépressif et de stress important inhérent à la suite de la prise en charge de sa vie » ; rapport de consultation du 10 février 2012 [pièce 145]). On observera que même en admettant un « discret traumatisme crânio-cérébral » - alors que celui-ci n'a pas été établi dans les suites de l'accident - le Dr C._____ considère que l'hypothèse de symptômes liés à ce traumatisme n'est pas la plus probable. Quant à la psychologue-neuropsychologue M._____, elle se réfère, dans un rapport du 23 septembre 2011 (pièce 110), à un examen IRM du 4 juin 2010 qui était dans les limites de la norme et ne révélait pas de séquelle post-traumatique du parenchyme cérébral. Elle a constaté diverses atteintes cognitives relativement sévères et des troubles dysexécutifs « d'origine multifactorielle ». Cela ne permet pas de constater, au degré de la vraisemblance prépondérante, une origine accidentelle. La psychologue-neuropsychologue M._____ fait également état d'une impulsivité et d'une difficulté au contrôle social parlant en faveur d'une composante frontale possible dans le comportement et la gestion émotionnelle et affective. Il s'agit à nouveau d'une hypothèse, possible, mais qui n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Au demeurant, même si l'on devait constater, par hypothèse, une éventuelle « composante frontale », l'origine accidentelle de l'atteinte ne serait pas encore établie. Le Dr C._____ est du reste lui-même parvenu à cette conclusion, en toute connaissance du rapport de la psychologue-neuropsychologue M._____.

c) La recourante appuie notamment son argumentation sur les résultats d'une IRM cérébrale, neurocrâne, du 18 juillet 2016 (pièce 269), qui a révélé la présence de plusieurs anomalies de signal de la substance blanche sous forme d'hypersignal T2/FLAIR sous-corticales et

périvertriculaires. Le Dr Y._____ a toutefois exposé, de manière convaincante, que les anomalies en question - punctiformes, de localisation sous-corticales près du cortex, de distribution plutôt symétrique, sans altération de la structure corticale et invisibles dans les séquences sensibles à l'hémossidérine - ne présentaient pas les caractéristiques d'une atteinte traumatique. Il a souligné qu'en mettant ces atteintes en relation avec des facteurs de risques cardio-vasculaires (« à corréliser aux FRCV »), les médecins des HUG avaient privilégié une origine vasculaire et non une origine traumatique (détermination sur dossier établie le 13 août 2018 par le Dr Y._____). Pour sa part, dans un rapport du 16 août 2012 (pièce 147), établi à la suite d'une IRM cérébrale du 23 février 2012, le Dr Z._____ a fait état de « lésions punctiformes non spécifiques banales pour l'âge dans la substance blanche des lobes frontaux ». On ne peut donc pas constater que les symptômes présentés par la requérante sont dus à des atteintes à la substance blanche d'origine traumatique.

d) La requérante allègue, encore, qu'un méningiome a été diagnostiqué et qu'une telle atteinte peut être d'origine traumatique, selon une étude scientifique publiée en 2017. Il s'agit là encore d'une simple hypothèse, qui n'est corroborée par aucun rapport médical au dossier. En effet, aucun des médecins consultés ne fait de lien entre le méningiome et l'accident. Par ailleurs, le Dr Y._____ a mis en évidence dans son rapport du 13 août 2018 que le premier CT-scanner thoraco-abdominal réalisé aux HUG le 3 mars 2010 révélait déjà cette tumeur cérébrale, ce qui exclut une origine accidentelle. Le point de savoir si et dans quelle mesure les symptômes présentés par la requérante peuvent être attribués à cette atteinte malade peut demeurer ouverte.

e) La requérante évoque, enfin, un « mouvement de cisaillement lié à l'accélération-décélération » subi lors de l'accident. Elle semble surtout en conclure qu'un traumatisme cérébral en a résulté. Comme on l'a vu, un tel traumatisme n'est pas établi. Par ailleurs, aucun rapport médical au dossier ne fait état d'une éventuelle lésion du rachis cervical ou d'un traumatisme à la colonne cervicale analogue à celui de

type « coup du lapin ». Tout au plus trouve-t-on au dossier la description de douleurs cervicales dans les rapports médicaux initiaux, ainsi que la mention, isolée, dans un rapport du Dr V. _____ établi plus d'une année après l'accident (le 14 juin 2011 [pièce 70]), d'un « mouvement de cisaillement lié à l'accélération-décélération ». Cette mention figure dans le résumé du dossier par le Dr V. _____, alors qu'un tel mouvement de cisaillement n'est décrit dans aucune pièce. On peut raisonnablement en conclure qu'il a été évoqué par l'assurée lors de l'entretien clinique ou que le Dr V. _____ fait référence à la fracture vertébrale survenue au niveau L1. Quoi qu'il en soit, cette seule mention dans un rapport médical psychiatrique, sans autre analyse ni motivation, ne permet pas de constater un traumatisme à la colonne cervicale analogue à celui de type « coup du lapin ».

5. En l'absence de traumatisme crânio-cérébral ou de traumatisme du rachis cervical par suite d'un accident de type « coup du lapin », et en l'absence d'autre lésion cérébrale d'origine accidentelle, la question se pose de savoir si les symptômes de la recourante peuvent être attribués à des troubles psychiques d'origine accidentelle. Dans un rapport du 14 juin 2011 (pièce 70), le Dr V. _____ admet le lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles psychiques diagnostiqués à l'époque (épisodes dépressifs et troubles dissociatifs de conversion mixte), au motif que l'assurée fonctionnait parfaitement et qu'elle était asymptomatique avant l'accident. De manière un peu contradictoire, toutefois, il indique qu'il faudrait se renseigner auprès du Dr W. _____, puisque ce médecin faisait état d'une personnalité émotionnellement labile comme facteur de fragilité pré-morbide, préexistant à l'accident. L'assurée semblait avoir privilégié certains aspects de sa vie au détriment d'autres, avec une tendance à « hyperfonctionner » dans le domaine professionnel et avec une obsession de la performance et de la réussite. L'assurée n'était pas claire sur les circonstances autour de son licenciement et la manière dont elle l'avait vécu. Dans un autre rapport, du 1^{er} avril 2014 (pièce 199), le Dr V. _____ indique suspecter fortement des facteurs pré-morbides, donc antérieurs à l'accident, touchant la structure de la personnalité de l'assurée comme source de fragilité. Le Dr

W._____ et le psychologue R._____ avaient pour leur part mentionné non seulement une personnalité pré-morbide émotionnellement labile, mais également une tendance à la dissociation, qui préexistaient (rapport du 10 janvier 2011 [pièce 43]). Il est vrai que le Dr W._____ a par la suite, dans un rapport du 28 juillet 2011 (pièce 86), indiqué ne pas avoir connaissance d'une atteinte à la santé psychique antérieure à l'accident, mais il résulte au final des rapports qu'il a signé les 10 janvier 2011 et 28 juillet 2011 une certaine ambiguïté sur cette question. Il n'est donc pas certain que l'on puisse constater, en l'état de l'instruction, un rapport de causalité naturelle entre l'accident et les atteintes à la santé psychique, sur la base du raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » tenu par le Dr V._____. La question peut toutefois demeurer ouverte, compte tenu de ce qui suit.

6. a) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

b) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_775/2017 du 13 juin 2018 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La

gravité des lésions subies – qui constitue l’un des critères objectifs définis pas la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l’examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l’accident (TF 8C_567/2017 du 12 mars 2018 consid. 5.1). Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l’accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l’affection psychique. Ainsi, lorsque l’événement accidentel est insignifiant, l’existence du lien en question peut d’emblée être niée, tandis qu’il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l’assuré est victime d’un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l’événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l’examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l’accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu’elles sont propres, selon l’expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l’accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l’incapacité de travail due aux lésions physiques.

De manière générale, lorsque l’on se trouve en présence d’un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l’un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.2 et les références citées).

c) En l'espèce, l'accident subi par la recourante est un accident de gravité moyenne au sens de la jurisprudence exposée ci-avant. Il ne s'est pas déroulé dans des circonstances particulièrement dramatiques ou impressionnantes et n'a pas causé de lésion physique particulièrement propre à entraîner le développement de troubles psychiques. Les lésions physiques (fracture du plateau supérieur de L1 et fracture de la tête du péroné droit) ont été traitées conservativement et le traitement médical n'a pas été particulièrement long ni marqué par des erreurs, des difficultés ou des complications importantes. L'incapacité de travail due aux lésions physiques a été, selon toute vraisemblance, totale jusqu'au 22 août 2010, puis de 50 % dès le 23 août 2010, au vu des certificats médicaux établis à l'époque par le Dr G._____. En revanche, il est peu vraisemblable que la nouvelle période d'incapacité de travail totale, attestée dès le 11 novembre 2011 (pièces 103 et 104), puisse être attribuée, serait-ce partiellement, aux atteintes à la santé physique subies lors de l'accident, au vu de l'évolution favorable de ces atteintes sur le plan orthopédique. Certes, l'accident a entraîné une atteinte durable à l'intégrité, sous la forme d'un tassement cunéiforme de la partie antérieure de L1, qui entraîne des lombalgies occasionnelles après des efforts prolongés, nécessitant parfois des séances de physiothérapie. Mais cette atteinte n'entraîne plus d'incapacité de travail notable (rapport du 12 février 2014 du Dr L._____ [pièce 189]). Au final, l'atteinte à l'intégrité physique, de même que le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux séquelles physiques de l'accident, ne suffisent pas à établir un rapport de causalité adéquate entre les troubles psychiques de la recourante et l'accident, les autres critères posés par la jurisprudence n'étant pas remplis.

7. En l'absence de lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 3 mars 2010 et les symptômes cognitifs et dysexécutifs qui persistent chez la recourante, l'intimée n'est pas tenue d'allouer une rente d'invalidité à l'intéressée en raison d'une incapacité de travail liée à ces symptômes. La recourante ne soutient par ailleurs pas, à juste titre, qu'elle subit une perte de gain notable en raison des séquelles physiques admises

par l'intimée, de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur ce point. L'intimée n'est pas davantage tenue d'allouer une indemnité pour une atteinte à l'intégrité supérieure à 6 % au vu de l'évaluation, par le Dr L. _____ (pièce 196), de l'atteinte à l'intégrité résultant de la fracture de la vertèbre L1. La recourante ne contestant pas cette évaluation, il n'y a pas non plus lieu d'y revenir plus avant.

8. Finalement, il y a lieu d'admettre que l'administration de preuves supplémentaires - en particulier les requêtes tendant à l'audition personnelle de la recourante et à celle de deux témoins - ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent et s'avère par conséquent superflue (appréciation anticipée des preuves : cf. ATF 144 II 427 consid. 3.1.3, 140 I 285 consid. 6.3.1, 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b, et 119 V 335 consid. 3c avec la référence). En particulier, l'audition d'un ambulancier, près de neuf ans après l'accident ne permettrait selon toute vraisemblance pas de constater un trouble cranio-cérébral au vu du rapport de police et des constatations figurant dans les rapports médicaux établis à l'époque. Par ailleurs, plusieurs rapports médicaux du médecin traitant figurent déjà au dossier.

9. a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 30 mai 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Guy Zwahlen (pour P. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :